

Rechnungsdaten und –kontrolle bei einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 26. Oktober 2022

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	2
2	Fazit des BAG aus der Anhörung.....	2
3	Mögliche Präzisierungen des Gesetzesentwurfs.....	3
3.1	Zugang der Kantone zu Rechnungsdaten.....	3
3.2	Modalitäten des Datenzugangs für Kantone	4
3.3	Prozess bei Widerspruch des Kantons	5
3.4	Gegenstand und Zweck einer Rechnungsprüfung durch die Kantone	11
3.5	Statistische Daten für die Kantone.....	12
3.6	Kombination sämtlicher Präzisierungsmöglichkeiten.....	14
4	Kostengutsprache.....	16
5	Datenschutz.....	17
6	Systemwechsel in der Finanzierung	18

1 Ausgangslage

An der Sitzung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) vom 7. September 2022 fand im Rahmen der parlamentarischen Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» eine Anhörung einer Delegation der Kantone und Versicherer zum Thema der Rechnungsdaten und –kontrolle statt. Zuvor wurden den Akteuren vom Sekretariat der SGK-S die beiden Lösungsmöglichkeiten zugestellt, welche in der SGK-S im Rahmen der ersten Lesung diskutiert wurden. Nach dieser Anhörung erteilte die SGK-S der Verwaltung den Auftrag, die Erkenntnisse aus der Anhörung aufzunehmen, nochmals verschiedene Lösungsmöglichkeiten im Bereich Rechnungsdaten und –kontrolle zu prüfen und diese mit den an der Anhörung vertretenen Akteuren an einem runden Tisch zu besprechen. Dieser fand am 29. September 2022 statt, zuvor wurden den Akteuren wiederum Lösungsvorschläge übermittelt. Am 6. Oktober 2022 wurden einzelne Aspekte noch mit den Akteuren vertieft. Die Rückmeldungen der Akteure flossen in die neuen Lösungsvorschläge ein, aus Zeitgründen konnten aber weder alle Kantone noch alle Versicherer eine konsolidierte Rückmeldung zu den Vorschlägen geben. Die Darstellung der Positionen «der Kantone» oder «der Versicherer» bezieht sich deshalb im Folgenden immer auf die Einschätzungen der Vertretung der jeweiligen Akteure.

2 Fazit des BAG aus der Anhörung

Die Möglichkeit für die Kantone zur Kontrolle des Wohnsitzes jeder einzelnen versicherten Person, für welche die Versicherer einen Kantonsbeitrag einfordern möchte, wurde von der SGK-S bereits vorgesehen. Die Kantone führten in den Anhörungen verschiedene praktische Datenbedürfnisse an. In vielen Fällen können diese Bedürfnisse auch mit aggregierten Daten der Versicherer (wie in Artikel 21 E-KVG vorgesehen) oder mit Daten aus anderen Quellen (etwa der Leistungserbringer) abgedeckt werden. Es ist aber nachvollziehbar, dass die Kantone besonders denjenigen Datenquellen vertrauen, welche durch ihre direkte Verbindung mit der Vergütung der Leistungserbringer wohl am zuverlässigsten sind.

Gleichzeitig wurde durch die Vertretung der Kantone aber auch signalisiert, dass eine doppelte Kontrolle der WZW-Kriterien nicht das Ziel der Kantone ist. Es geht den Kantonen offenbar in erster Linie um die Möglichkeit, mit vergütungsrelevanten Daten zu überprüfen, dass ihre steuernden Massnahmen (beispielsweise Leistungsaufträge, Mindest- und Maximalfallzahlen, Tarifierung ausserkantonaler Behandlungen, ambulante Listen) eingehalten werden. Hinzu kommen die sektorübergreifende Nachvollziehbarkeit von Patientenzugängen als Grundlage für Steuerungsmassnahmen auch im ambulanten Bereich und prinzipielle Überlegungen.

Die Versicherer weisen demgegenüber in ebenfalls nachvollziehbarer Weise darauf hin, dass mit Blick auf das Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) die Bearbeitung von Personendaten verhältnismässig sein muss (Art. 4 DSG). Daraus ergibt sich auch der Grundsatz der Datensparsamkeit und dass der Zweck von Datensammlungen definiert sein muss. In Artikel 60 Absatz 7 E-KVG werden bereits Anforderungen an die Kantone betreffend Datenschutz vorgeschlagen (siehe auch Ziffer 5).

Ebenfalls nachvollziehbar ist das Argument der Versicherer, dass eine doppelte Prüfung zu administrativem Mehraufwand sowohl bei Versicherern wie auch Kantonen führt. Inwiefern diese Zusatzkosten aus Sicht der Summe von Prämien- und Steuerzahlenden durch eine verstärkte Prüfung insbesondere von Aspekten, die ein einzelner Versicherer nicht oder nur mit Schwierigkeiten überblicken kann, sowie daraus sich ergebende versorgungsgestaltende Massnahmen wieder reduziert, ausgeglichen oder gar überkompensiert würden, kann vom BAG nicht beurteilt werden.

Indem gewisse Anliegen und Argumente sowohl von Kantonen als auch Versicherern bereits auf Gesetzebene aufgenommen werden, statt dass diese Punkte erst durch den Bundesrat mit Verordnungen geregelt werden, könnte zumindest eine Annäherung der Position von Kantonen und Versicherern gelingen. Möglichkeiten dazu bestehen aus Sicht des BAG bei der Umschreibung des Bereichs, bei dem die Kantone Zugang zu Rechnungsdaten erhalten (siehe Ziffer 3.1, betrifft Variante 1), bei der Regelung der Modalitäten des Datenzugangs für die Kantone (siehe Ziffer 3.2, betrifft beide Varianten), beim Prozess bei einem allfälligen Widerspruch der Kantone gegen die Kostenübernahme für eine bestimmte Leistung (siehe Ziffer 3.3, betrifft beide Varianten), beim Gegenstand und Zweck einer allfälligen Rechnungsprüfung durch die Kantone (siehe Ziffer 3.4, betrifft beide Varianten) sowie bei der Regelung der statistischen Daten, welche die Versicherer den Kantonen zur Verfügung stellen müssen (siehe Ziffer 3.5, betrifft Variante 1). Die Präzisierungsmöglichkeiten wurden den Akteuren vor dem runden Tisch vom 29. September zur Durchsicht zugestellt und am runden Tisch besprochen.

3 Mögliche Präzisierungen des Gesetzesentwurfs

3.1 Zugang der Kantone zu Rechnungsdaten

Für den Zugang der Kantone zu Rechnungsdaten verfolgt die SGK-S zurzeit zwei Varianten:

- Variante 1: Die Kantone erhalten Zugang zu einem Teil der Rechnungsdaten
- Variante 2: Die Kantone erhalten Zugang zu sämtlichen Rechnungsdaten

Die Kantone sollen bei der Variante 1 nur zu denjenigen Rechnungen Zugang erhalten, welche oberhalb eines vom Bundesrat festgesetzten Rechnungsbetrags liegen oder eine vom Bundesrat bezeichnete Leistung betreffen. Die Kantone lehnen eine Einschränkung des Zugangs auf bestimmte Rechnungen als zu restriktiv ab. Von den Versicherern wiederum, die einen Zugang der Kantone zu Rechnungsdaten generell ablehnen, wurde angemerkt, dass die Definition des betroffenen Kreises von Rechnungsdaten nicht trivial ist und die Triage der Rechnungen einen gewissen Aufwand verursacht.

Es stellt sich die Frage, ob die Definition des Bereichs von Rechnungen, zu denen die Kantone Zugang erhalten, mit alternativen Formulierungen im Sinn der Kantone erweitert werden könnte und/oder so angepasst werden könnte, dass die Abgrenzung in der Praxis einfacher nachvollziehbar und weniger aufwändig ist.

Eine Möglichkeit wäre, dem Kanton den Zugang zu sämtlichen Rechnungen für stationäre Leistungen in jedem Fall zu ermöglichen. Diese Rechnungen sind klar abgrenzbar und entsprechen denjenigen Leistungen, die heute vom Kanton mitfinanziert werden und für die er heute direkt von den Leistungserbringern die Rechnung für den auf ihn entfallenden Anteil erhält. Für Rechnungen zu stationären Leistungen haben die Kantone auch bereits Kontrollprozesse etabliert, und in diesem Leistungsbereich bestehen besonders viele formale Voraussetzungen für die Kostenübernahme (Leistungsaufträge, Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen, Listen für im Regelfall ambulant zu erbringende Leistungen («ambulant vor stationär, AvS»), welche die Kantone überprüfen möchten.

Bei einer Abgrenzung des Bereichs mit Datenzugang der Kantone zu Rechnungen über die damit angestrebten Zwecke (beispielsweise Prüfung, ob ein Leistungsauftrag besteht) liessen sich Abgrenzungsschwierigkeiten und Rechtsunsicherheiten hingegen kaum vermeiden. Wenn der Bereich mit Datenzugang für die Kantone eingeschränkt werden soll, sollte dies deshalb über den

Rechnungsbetrag und/oder die Art der Leistung erfolgen. Diese Einschränkungen können im Gesetz oder auf Verordnungsebene definiert werden. Im Fall des Rechnungsbetrags hat die Festlegung in der Verordnung aufgrund der schnelleren Anpassungsmöglichkeit deutliche Vorteile.

Eine Erweiterung des Rechnungszugangs der Kantone auf alle stationären Leistungen bei Verzicht auf die bisherigen Kriterien könnte mit einer Anpassung von Artikel 60 Absatz 7 E-KVG erreicht werden:

⁷ Der Versicherer ermöglicht dem Kanton den Zugang zu Daten von Rechnungen, welche ~~oberhalb eines vom Bundesrat festgelegten Betrags liegen~~ eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 ~~oder eine vom Bundesrat bezeichnete Leistung~~ betreffen. ...

Am runden Tisch mit den Akteuren zeigte sich, dass die Kantone nach wie vor Zugang zu allen Originalrechnungen fordern und die Versicherer einen solchen für sämtliche Leistungen ablehnen. Inakzeptabel wäre es für die Kantone vor allem, sollten sie den heute vorhandenen Zugang zu den stationären Rechnungsdaten verlieren. Für die Versicherer wäre vor allem ein Zugang der Kantone zu Originalrechnungen von ambulanten Leistungen inakzeptabel.

3.2 Modalitäten des Datenzugangs für Kantone

Die Kantone wünschen, dass sie kostenlos und unmittelbar Zugang zu den Rechnungsdaten haben. Beide von der SGK-S verfolgte Varianten (Variante 1 mit Zugang zu einem Teil der Rechnungsdaten, Variante 2 mit Zugang zu sämtlichen Rechnungsdaten) sind bereits so formuliert, dass diesem Wunsch Rechnung getragen wird. Auf eine explizite Nennung dieser Anforderungen wurde bis anhin jedoch verzichtet. Die Formulierung «Die Versicherer ermöglichen den Zugang ...» begründet eine gesetzliche Pflicht der Versicherer, der auf eigene Kosten nachgekommen werden muss, da keine gesetzliche Basis zur Erhebung von Gebühren besteht. Falls vom Gesetzgeber gewünscht, könne dieser Umstand aber auch zur Klarstellung explizit im Gesetz festgehalten werden.

Um eine rasche Abwicklung eines allfälligen Widerspruchs der Kantone gegen die Kostenübernahme zu ermöglichen, ist – neben einer raschen Bearbeitung durch den Kanton (siehe Ziffer 3.3) – auch ein möglichst schneller Datenzugang für die Kantone unabdingbar. Entsprechend hätten die Versicherer auch ohne explizite Erwähnung im Gesetz ein Interesse an einer schnellen Abwicklung, da nur bei einem schnellen Zugang der Kantone auch eine schnelle Reaktion der Kantone und somit eine speditiv abschliessende Bearbeitung der Begehren der versicherten Personen um Rückerstattung von Rechnungen möglich ist. Eine schnelle Rückerstattung zugunsten der Versicherten ist ein wichtiges Wettbewerbselement für die Versicherer.

Der Datenzugang für die Kantone sollte so schnell wie technisch möglich erfolgen. Bei elektronischer Rechnungsstellung dürfte dies im Allgemeinen unmittelbar dann der Fall sein, wenn eine Rechnung im System eines Versicherers eingeht und (in Variante 1) von einer Prüfregel als Rechnung erkannt wird, auf die auch die Kantone Zugriff haben. Bei der zurzeit noch möglichen Rechnungsstellung auf Papier müsste die Rechnung zuerst digitalisiert werden, bevor der Versicherer dem Kanton elektronischen Zugang ermöglichen kann. Bei Bedarf können die Kantone und Versicherer über den spezialisierten, autonomen Ausschuss zur einheitlichen Finanzierung (Art. 18 Abs. 2^{sexies} E-KVG) die technischen Modalitäten regeln. Falls gewünscht, könnte auch das Erfordernis der Unverzüglichkeit zur Klarstellung explizit im Gesetz festgehalten werden.

Hingegen sollte aus Sicht des BAG der Schuldner der Vergütung weiterhin der Versicherer sein (*tiers payant*) beziehungsweise sollten die versicherten Personen dem Versicherer gegenüber einen Anspruch auf Rückerstattung haben (*tiers garant*). Die versicherten Personen sollten Rechnungen also weiterhin an ihren Versicherer zur Rückerstattung einreichen und nicht an eine gemeinsame Rechnungsannahmestelle aller Versicherer und Kantone. Die Gestaltung des Kontakts mit den versicherten Personen ist eine bedeutende Differenzierungsmöglichkeit der verschiedenen Versicherer. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern auch im Bereich der Rechnungsannahme begünstigt technische Innovation und Effizienz auch in diesem Bereich.

Die Kantone schlugen in der Anhörung vor, die Formulierung von Artikel 60 Absatz 7 leicht abzuändern («Der Versicherer und der Wohnkanton der versicherten Person haben unmittelbaren und kostenlosen Zugang zu ...»). Bei dieser Formulierung stellen sich aus Sicht des BAG zwei Probleme:

- Erstens sollte das Gesetz klar definieren, wen welche Pflichten treffen. Wenn nur festgelegt wird, wer einen bestimmten Zugang hat, bleibt unklar, wer verpflichtet ist, diesen Zugang auch zu gewährleisten. Wenn der Versicherer Schuldner der Vergütung und auch verantwortlich für die Rückerstattung an die versicherte Person ist, wird er die Rechnungen von den Leistungserbringern (*tiers payant*) oder Versicherten (*tiers garant*) erhalten. Entsprechend müsste er auch in der Pflicht stehen, den Kantonen den Zugang zu ermöglichen.
- Zweitens bleibt beim Begriff «unmittelbar» unklar, wie dieses Erfordernis bei den derzeit noch möglichen Papierrechnungen erreicht werden soll. Diese bedingen eine gewisse Bearbeitungszeit zur Digitalisierung. Mit dem Begriff «unverzüglich» würde das Ziel umschrieben, dass der Zugang so schnell wie technisch möglich, jedenfalls ohne ungebührliche Verzögerung, zu ermöglichen ist.

Falls vom Gesetzgeber gewünscht, könnte in beiden Varianten mit einer Präzisierung von Artikel 60 Absatz 7 E-KVG explizit im Gesetz festgehalten werden, dass der Datenzugang kostenlos und unverzüglich gewährt werden muss:

⁷ Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang ...

Am runden Tisch war grundsätzlich unbestritten, dass unter der Hypothese, dass ein Datenzugang der Kantone vorgesehen werden soll, dieser Zugang für die Kantone kostenlos sein soll. Auch dass der Datenzugang unverzüglich, also ohne zusätzliche Hürden wie Anfragen, Abklärungen und so weiter, sondern über eine automatisierte Plattform für den Datenzugang der Kantone erfolgen soll, ist für den Fall, dass die Kantone Zugang zu den originalen Rechnungsdaten erhalten sollen, unbestritten.

3.3 Prozess bei Widerspruch des Kantons

In beiden von der SGK-S verfolgten Varianten soll der Kanton die Möglichkeit haben, die Kostenübernahme für einzelne Rechnungen anzufechten. Diese Möglichkeit könnte auch auf die Missachtung von formalen Bestimmungen eingeschränkt werden, um eine Prüfung der WZW-Kriterien durch die Kantone explizit auszuschliessen (siehe Ziffer 3.4). Von den Versicherern wird befürchtet, dass ein Widerspruchsrecht für die Kantone zu massiven Verzögerungen und bedeutendem Zusatzaufwand führen würde.

Heutiger Ablauf von Rechnungskontrolle und Vergütung

Heute läuft der Prozess der Rechnungskontrolle und Vergütung beziehungsweise Rückerstattung bei ambulanten Leistungen, also dort, wo der Kanton heute nicht mitfinanziert, wie folgt ab:

- Im System des *tiers payant* erhält der Versicherer die Rechnung vom Leistungserbringer. Im System des *tiers garant* erhält die versicherte Person die Rechnung und verlangt vom Versicherer die Rückerstattung.
- Der Versicherer prüft, ob die Rechnung die Anforderungen für eine Kostenübernahme erfüllt. Wenn ja, überweist er im System des *tiers payant* die Vergütung an den Leistungserbringer. Im System des *tiers garant* erstattet er der versicherten Person die von ihr dem Leistungserbringer geschuldete Vergütung nach Abzug der Kostenbeteiligung zurück.
- Wenn der Versicherer die Voraussetzungen für die Kostenübernahme als nicht erfüllt ansieht, verweigert er im System des *tiers payant* dem Leistungserbringer die Vergütung, respektive er bereinigt die Rechnung direkt mit dem Leistungserbringer so, dass die Voraussetzungen erfüllt sind. Gelingt eine Einigung, wird die Vergütung ausbezahlt, wenn nicht, erfolgt eine gerichtliche Klärung, in diesem Fall durch ein kantonales Schiedsgericht nach Artikel 89 KVG. Das Verfahren wird vom Kanton geregelt und muss einfach und rasch sein (Art. 89 Abs. 5 KVG). Ein Weiterzug ans Bundesgericht ist möglich (Art. 91 KVG). Je nach rechtskräftigem Entscheid wird eine (reduzierte) Vergütung an den Leistungserbringer ausbezahlt und die Kostenbeteiligung von der versicherten Person eingefordert. Der Versicherer darf die Kostenbeteiligung erst dann von der versicherten Person einfordern, wenn die definitive Vergütung bekannt ist.
- Der Prozess im System des *tiers garant* ist anders organisiert, weil die versicherte Person die Vergütung schuldet und diese eventuell bereits bezahlt hat. Betrifft die Rechnung aus Sicht des Versicherers eine Nicht-KVG-Leistung oder erfüllt sie die Voraussetzungen zur Kostenübernahme aus anderen Gründen nicht (z.B. unzulässige Kombinationen von Tarifpositionen, verletzte Limitationen, etc.), verweigert der Versicherer die Rückerstattung. Danach ist es an der versicherten Person, sich mit dem Leistungserbringer auseinanderzusetzen. Wenn keine Einigung zwischen der versicherten Person und dem Leistungserbringer gelingt (z.B. mit einer angepassten, korrekten Rechnung), vertritt der Versicherer die Interessen der versicherten Person auf seine eigenen Kosten. Das Schiedsgericht nach Artikel 89 KVG ist auch im System des *tiers garant* zuständig. Falls die Rechnung von der versicherten Person noch nicht bezahlt wurde, muss der Leistungserbringer wie im *tiers payant* bis zur definitiven Klärung auf die Vergütung warten. Falls die Rechnung von der versicherten Person bereits bezahlt wurde, sind je nach Versicherer und Situation drei Prozesse möglich.
 - Im ersten Fall muss die versicherte Person bis zur Rückerstattung warten. Bei einer Reduktion der Rechnung erhält sie vom Leistungserbringer die Differenz zurück und kann vom Versicherer die Erstattung der neuen, tieferen Rechnung verlangen.
 - Im zweiten Fall erstattet der Versicherer der versicherten Person bereits einen unbestrittenen Teilbetrag, so dass die versicherte Person nur auf den bestrittenen Teilbetrag warten muss. Bei einer Reduktion der Rechnung erhält die versicherte Person wiederum vom Leistungserbringer die Differenz erstattet und kann vom Versicherer die Erstattung einer eventuellen Differenz zum neuen, tieferen Rechnungsbetrag verlangen.

- Im dritten Fall erstattet der Versicherer der versicherten Person den gesamten, ursprünglichen Rechnungsbetrag nach Abzug der Kostenbeteiligung, so dass die versicherte Person nicht warten muss. Bei einer Reduktion der Rechnung liegt es am Versicherer, den von der OKP zu viel übernommenen Betrag vom Leistungserbringer zurückzufordern. Falls sich durch die Reduktion des Rechnungsbetrags auch die Kostenbeteiligung reduziert, wird der versicherten Person die zu viel bezahlte Kostenbeteiligung nachträglich wieder zurückerstattet. Dieser Fall ist von den drei Fällen in der Praxis weitaus der seltenste und tritt eher bei kleinen Rechnungsbeträgen auf.
- Ist die versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers zur Kostenübernahme nicht einverstanden, muss der Versicherer eine Verfügung erlassen (Art. 49 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]. Gegen diese kann die versicherte Person beim Versicherer Einsprache erheben (Art. 52 ATSG). Gegen Einspracheentscheide kann die versicherte Person Beschwerde erheben (Art. 56 ATSG), und zwar vor dem Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person Wohnsitz hat (Art. 58 ATSG). Das Verfahren bestimmt sich nach kantonalem Recht, muss aber einfach und rasch sein (Art. 61 ATSG). Gegen Entscheide des kantonalen Versicherungsgerichts ist Beschwerde beim Bundesgericht möglich (Art. 62 ATSG).

Ablauf von Rechnungskontrolle und Vergütung bei einer einheitlichen Finanzierung mit Widerspruchsrecht der Kantone

Wenn die Kantone ein Recht haben sollen, die Kostenübernahme bei einzelnen Rechnungen anzufechten, wird der heute bestehende Prozess sowohl im System des *tiers payant* wie auch im System des *tiers garant* ergänzt. In Variante 1 würde dies einen Teil der Rechnungen betreffen, in Variante 2 sämtliche Rechnungen.

- Sobald die Versicherer über die Rechnung verfügen, erhält auch der Kanton Zugang dazu. Er hat innerhalb einer festzulegenden Frist die Möglichkeit, dem Versicherer mitzuteilen, dass er die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme als nicht erfüllt ansieht.
- Parallel prüft der Versicherer wie bis anhin die Rechnungen. Falls er die Kosten für eine vom Kanton beanstandete Rechnung trotzdem übernehmen möchte, teilt er dies dem Kanton mit. Kanton und Versicherer haben die Möglichkeit, den strittigen Fall bilateral zu klären oder entsprechende Prozesse vorzusehen. Falls keine Einigung gelingt, erlässt der Versicherer auf Verlangen des Kantons eine anfechtbare Verfügung.
- Wird von den Kantonen bei unterschiedlicher Einschätzung eine gerichtliche Klärung angestrebt, wird sich im System des *tiers payant* die Ausbezahlung der Vergütung an die Leistungserbringer und die Einforderung der Kostenbeteiligung von den versicherten Personen verzögern, bis ein rechtskräftiger Entscheid vorliegt. Die Situation ist vergleichbar mit Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherern, der Rechtsweg allerdings ein anderer, da nicht das kantonale Schiedsgericht nach Artikel 89 KVG zur Anwendung kommt, sondern das kantonale Versicherungsgericht (Art. 57 ATSG).
- Im System des *tiers garant* wird sich bei einer gerichtlichen Klärung die definitive Abwicklung der Vergütung und Rückerstattung verzögern. Je nachdem, ob die Rechnung bereits bezahlt wurde und wenn ja, ob der Versicherer den unbestrittenen Teil davon oder auch den ursprünglichen Gesamtbetrag bereits der versicherten Person zurückerstattet hat, muss entweder der Leistungserbringer, die versicherte Person oder der Versicherer bis zur Klärung auf die Erfüllung der jeweiligen finanziellen Ansprüche warten. Die Situation ist wiederum vergleichbar mit Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherern,

der Rechtsweg allerdings ein anderer, da nicht das kantonale Schiedsgericht nach Artikel 89 KVG zur Anwendung kommt, sondern das kantonale Versicherungsgericht.

- Gegenüber der heutigen Situation neu ist im *tiers garant* je nach Situation der Umstand, dass bei einem Widerspruchsrecht des Kantons der endgültige, von der versicherten Person zu übernehmende Betrag im ungünstigsten Fall theoretisch auch höher (statt nur tiefer wie heute) ausfallen kann als zuvor vom Versicherer angekündigt und eingefordert. Dies wäre dann der Fall, wenn der Kanton bestreitet, dass es sich überhaupt um eine KVG-Leistung handelt, während der Versicherer eine KVG-Leistung als gegeben sieht. Falls der Versicherer trotz der entsprechenden Meldung durch den Kanton eine solche Rechnung bereits übernehmen würde und sich nachträglich herausstellen würde, dass der Kanton im Recht ist, müsste der Versicherer den bereits übernommenen Betrag von der versicherten Person zurückfordern, soweit nicht eine Zusatzversicherung leistungspflichtig wäre oder der Leistungserbringer das Anrecht auf eine Vergütung verwirkt hat, weil er die versicherte Person nicht darauf hingewiesen hat, dass die Kosten nicht von der OKP übernommen werden. Dieser theoretisch denkbare ungünstigste Fall dürfte aber in der Praxis kaum auftreten. Noch etwa 20 Prozent der Rechnungen mit eher unterdurchschnittlichen Rechnungsbeträgen werden über den *tiers garant* abgewickelt, mit sinkender Tendenz. Wenn der Kanton bestreitet, dass es sich überhaupt um eine KVG-Leistung handelt, würde der Versicherer zudem die Rechnung kaum bereits der versicherten Person zurückerstatten.

Ein Verzögerungspotenzial bei einer Widerspruchsmöglichkeit des Kantons besteht also in zwei Punkten:

- Erstens, wenn der Kanton die Rechnungen prüft und der Versicherer währenddessen zur Sicherheit mit der Vergütung (*tiers payant*) beziehungsweise Rückerstattung (*tiers garant*) wartet.
- Zweitens, wenn zwischen Versicherer und Kanton unterschiedliche Auffassungen bestehen und vom Kanton eine gerichtliche Klärung verlangt wird. Von einer Verzögerung wären im *tiers garant* die Leistungserbringer und im *tiers payant* je nach Situation die Leistungserbringer, die versicherten Personen oder die Versicherer selbst betroffen.

Die erste Möglichkeit zur Verzögerung würde sämtliche Rechnungen betreffen, zu welchen die Kantone Zugang haben, auch die unbestrittenen. Um eine solche Verzögerung zu vermeiden oder zu minimieren, sollte den Kantonen eine Frist zur Meldung eines Problems gesetzt werden. Zwar kann der Versicherer Rechnungen, von denen er ausgeht, dass sie unproblematisch sind, schon vor der Rückmeldung des Kantons vergüten beziehungsweise zurückerstatten. Er würde dabei aber das Risiko tragen, dass bei einem erfolgreichen Widerspruch des Kantons die Zahlung administrativ aufwändig individuell zurückabgewickelt werden müsste. Mit einer Frist für die Kantone wird für die Versicherer rasch Klarheit geschaffen, ob vom Kanton ein Widerspruch zu erwarten ist oder nicht. Bei aus Sicht des Versicherers absolut unproblematischen Rechnungen könnte der Versicherer weiterhin schneller vergüten bzw. zurückerstatten, als die Kantone eine Meldung machen müssen, verbunden mit dem erwähnten Risiko. Bei den etwas weniger klaren Fällen würde das Risiko für die Versicherer aber reduziert und das Auftreten von Verzögerungen bei Rechnungen, welche vom Kanton eigentlich gar nicht bestritten werden, minimiert.

Die zweite Möglichkeit zur Verzögerung betrifft nur Rechnungen, die der Kanton und der Versicherer unterschiedlich beurteilen. Gerade wenn es sich bei den Gründen für einen Widerspruch ausschliesslich um formale Kriterien handelt (siehe Ziffer 3.4), ist davon auszugehen, dass wenig Interpretationsspielraum besteht, ob diese erfüllt sind oder nicht. Der Versicherer dürfte deshalb in den meisten Fällen zu derselben Einschätzung gelangen wie der Kanton, soweit er selbst über

die notwendigen Informationen verfügt. Überschrittene Maximalfallzahlen könnten nur die Kantone feststellen, es sei denn, sämtliche Versicherer würden sich via Wirtschaftlichkeitsprüfung organisieren, was theoretisch möglich und rechtlich zulässig wäre. Auch finanziell haben Kantone und Versicherer dasselbe Interesse zur Prüfung der Voraussetzungen.

Die zweite Verzögerung ist vergleichbar mit der Situation bei Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Auch dort verzögert sich die Ausbezahlung der Vergütung an die Leistungserbringer (*tiers payant*) beziehungsweise die Abwicklung und Rückerstattung der Vergütungen zwischen den versicherten Personen, den Leistungserbringern und den Versicherern (*tiers garant*). Um solche Verzögerungen in diesen vermutlich eher seltenen Fällen trotzdem zu minimieren, sollte das Verfahren einfach und rasch sein. Das kantonale Schiedsgericht nach Artikel 89 KVG kann allerdings nicht zur Anwendung kommen. Für Streitigkeiten zwischen den versicherten Personen und Versicherern sind die kantonalen Versicherungsgerichte zuständig (Art. 57 ATSG). Da es sich bei der Frage der Leistungspflicht um denselben Rechtsgegenstand handelt, von dem auch die versicherten Personen mitbetroffen sind, sollten auch Streitigkeiten zwischen Kantonen und Versicherern über die Leistungspflicht von denselben rechtlichen Instanzen entschieden werden.

Da eine unterschiedliche Beurteilung der formalen Voraussetzungen für die Leistungspflicht (Leistungsaufträge, korrekte Rechnungsstellung, etc. – keine WZW-Prüfung) zwischen Kantonen und Versicherern vermutlich selten ist, wurde bisher auf die Bezeichnung eines speziellen Rechtswegs verzichtet. Falls vom Gesetzgeber gewünscht, könnte analog zum kantonalen Schiedsgericht (Art. 89 KVG) für Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern ein Schiedsgericht für Streitigkeiten zwischen Kantonen und Versicherern geschaffen werden. Der Bundesrat müsste das Schiedsgericht einsetzen und das Verfahren regeln, es müsste einfach und rasch sein. Allerdings müsste dieses Schiedsgericht in Abweichung von Artikel 57 ATSG auch für Streitigkeiten zwischen der versicherten Person und dem Versicherer über die Leistungspflicht für eine bestimmte Leistung zuständig sein. Derselbe Rechtsgegenstand betrifft sowohl die versicherte Person als auch den Kanton. Um zu vermeiden, dass zwei Gerichte in getrennten Verfahren zu widersprüchlichen Schlüssen kommen, sollte ein einziges Gericht für Beschwerden gegen Verfügungen des Versicherers zur Leistungspflicht zuständig sein. Da das Verfahren vor dem kantonalen Verwaltungsgericht aber ebenfalls einfach und rasch sein muss und ein Weiterzug ans Bundesgericht in jedem Fall vorgesehen ist, drängt sich die Bezeichnung eines zusätzlichen Gerichts aus Sicht des BAG nicht auf. Auch von den am runden Tisch vertretenen Akteuren kamen keine Hinweise, dass ein spezifisches Schiedsgericht geschaffen werden sollte.

Nicht möglich ist, dass der Versicherer schon vor der Rückmeldung durch den Kanton oder jedenfalls vor dem rechtskräftigen Entscheid auf eigenes Risiko die Kosten übernimmt und dann dem Kanton gegenüber als Unternehmen haftet. Im Kontext einer Sozialversicherung stünden nicht die Eigentümer des Unternehmens im Risiko, sondern das Versichertenkollektiv würde gezwungen, Kosten für Leistungen zu übernehmen, welche die gesetzlichen Voraussetzungen zur Kostenübernahme gerichtlich bestätigt explizit nicht erfüllen. Die Versicherer dürfen im Rahmen der OKP aber keine anderen Kosten übernehmen als diejenigen, welche die Voraussetzungen erfüllen (Art. 34 KVG). Eine solche Lösung ist somit ausgeschlossen. Eine nachträgliche Korrektur des Rechnungsbetrags ist möglich, muss im aktuellen rechtlichen Rahmen aber immer zugunsten oder zuungunsten der einzelnen versicherten Person erfolgen und nicht des Prämienkollektivs.

Um die genannten Verzögerungen zu vermeiden oder zu minimieren, sollte demnach eine möglichst kurze, aber technisch ausreichende Frist für den Kanton zur Information des Versicherers über nicht erfüllte Voraussetzungen zur Kostenübernahme festgesetzt werden. Da es sich bei der Prüfung durch die Kantone um einen weitgehend automatisierten Prozess handeln müsste, sollte eine kurze Frist technisch machbar sein. Dies wäre in beiden von der SGK-S verfolgten Varianten

mit einer Ergänzung von Artikel 60 Absatz 7 E-KVG möglich. Die genaue Frist ist abhängig von den technischen Voraussetzungen und der tolerierten Verzögerung, sie kann sich auch daran orientieren, wie lange die Bearbeitung von Rechnungen durch die Versicherer heute dauert. Der Bundesrat könnte die genaue Frist festlegen, denkbar wären beispielsweise fünf Arbeitstage.

Der Versicherer muss den Entscheid, die Kosten zu übernehmen, nur dann dem Kanton mitteilen, wenn auch nach einer informellen, bilateralen Klärung zwischen Versicherern und Kantonen unterschiedliche Auffassungen bestehen, damit der Kanton in diesem Fall über eine anfechtbare Verfügung verfügt. Die zusätzlichen Bestimmungen sollten auf zwei Absätze aufgeteilt und die Vorschriften an die Kantone zum Datenschutz gleich nach dem Datenzugang erwähnt werden.

⁷ Der Versicherer ermöglicht dem Kanton ... (*erster Satz je nach Variante 1 oder 2*). Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

^{7bis} Erachtet der Kanton die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt, informiert er innert einer vom Bundesrat festzulegenden Frist nach Erhalt der Rechnung den Versicherer. Übernimmt der Versicherer die Kosten für die in den beanstandeten diesen Rechnungen abgerechneten Leistungen, teilt er es auch dem Kanton mit. Wird die Versicherungsleistung im formlosen Verfahren gewährt, kann der Kanton den Erlass einer Verfügung verlangen. ~~Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.~~

Am runden Tisch vertraten alle Akteure das Anliegen, den Prozess so einfach wie möglich zu gestalten und insbesondere auch die Interessen der versicherten Personen ins Zentrum zu stellen. Verfügungen sollen nur dann erlassen werden müssen, wenn es absolut notwendig ist. Diesem Anliegen wird Rechnung getragen, indem es den Kantonen und Versicherern zu jedem Zeitpunkt unbenommen ist, untereinander Regeln zu vereinbaren, wie mit unklaren oder strittigen Fällen umzugehen ist. Für einen Teil der Versicherer zeigen die Ausführungen zum Ablauf des Prozesses allerdings, dass die Möglichkeit für die Kantone, die Rechnungsprüfung durch die Versicherer auf Ebene der einzelnen Rechnung nachzuvollziehen und nötigenfalls Widerspruch einzulegen, unvermeidlich zu einer starken Verkomplizierung der Abläufe führt. Die Vertretung der Kantone wies darauf hin, dass aus ihrer Sicht sowohl im *tiers payant* wie auch im *tiers garant* eine möglichst schlanke Lösung gefunden werden sollte und dass sie keines der beiden Systeme grundsätzlich in Frage stellen möchten.

Falls von einer Einsicht der Kantone in Rechnungsdaten mit Variante 1 nur der stationäre Bereich betroffen wäre (siehe Ziffer 3.1), wäre die Zahl der betroffenen Rechnungen (aktuell ca. 1,5 Millionen) im Vergleich zum ambulanten Bereich (gegen 130 Millionen) relativ bescheiden. Sämtliche dieser Rechnungen würden zudem im *tiers payant* abgewickelt. Falls sich Kanton und Versicherer auch nach dem Austausch von Informationen nicht einig sind über die Kostenübernahme, wären zudem nur die Leistungserbringer von einer bis zur gerichtlichen Klärung verzögerten Vergütung betroffen. Grosse Leistungserbringer wie Spitäler dürften mit solchen – wohl eher seltenen – Fällen besser umgehen können als kleine Leistungserbringer und die versicherten Personen.

3.4 Gegenstand und Zweck einer Rechnungsprüfung durch die Kantone

Im Einführungsvertrag zur Tarifstruktur SwissDRG ist festgehalten, dass die Kantone auf eine separate Prüfung der WZW-Kriterien verzichten. An der Anhörung vom 7. September 2022 hat die Vertretung der Kantone bekräftigt, dass von den Kantonen keine doppelte WZW-Kontrolle angestrebt wird, sondern die bisherige Möglichkeit für eine Verweigerung der Kostenübernahme aus formalen Gründen (kein Wohnsitz der versicherten Person, kein Leistungsauftrag des Leistungserbringers, ausgeschöpfte Maximalfallzahlen, Anwendung eines nicht korrekten Tarifs oder Verletzung der Anwendungsmodalitäten eines Tarifs) soll im stationären Bereich bestehen bleiben und bei einer Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen auf diese ausgeweitet werden.

Zur Klarstellung könnte im Gesetz explizit festgehalten werden, dass ein allfälliger Widerspruch der Kantone gegen die Kostenübernahme lediglich bei Verletzung von bestimmten formalen Voraussetzungen möglich sein soll. Dies würde eine Prüfung der WZW-Kriterien durch die Kantone ausschliessen. Dies entspräche der heute gelebten Praxis im stationären Bereich, zu der sich auch die Kantone bekannt haben. Eine solche Präzisierung wäre in beiden von der SGK-S verfolgten Varianten möglich.

Eine solche Regelung könnte mit einem neuen Absatz 7^{ter} von Artikel 60 E-KVG durch eine Aufzählung der Gründe für einen Widerspruch der Kantone gegen die Kostenübernahme erreicht werden. Mit dieser Aufstellung von zulässigen Gründen sowie einem entsprechenden Hinweis in den Materialien wäre die Absicht des Gesetzgebers klar, dass ein Widerspruch der Kantone gegen die Kostenübernahme nicht zulässig wäre, wenn die WZW-Kriterien nach Artikel 32 KVG im Einzelfall als nicht erfüllt betrachtet werden.

7^{ter} Der Kanton ist zur Beschwerde vor dem Versicherungsgericht nach Artikel 58 ATSG gegen den Entscheid des Versicherers nach Absatz 7^{bis} berechtigt. Er kann nur rügen:

- a. dass der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt;
- b. dass ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird;
- c. dass die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden.

Unter den Teilnehmern des runden Tisches war im Grundsatz unbestritten, dass die Kantone keine WZW-Kontrolle durchführen sollen und dass die zulässigen Gründe für einen Widerspruch im Gesetz aufgeführt werden können – unter der Hypothese, dass es eine solche Möglichkeit für einen Widerspruch der Kantone geben soll. Alle Akteure waren der Ansicht, dass die zulässigen Gründe präzise zu definieren seien, soweit möglich im Gesetz oder alternativ in den Materialien.

Die nicht erfüllten Zulassungsvoraussetzungen beziehen sich insbesondere darauf, dass ein Spital über keinen kantonalen Leistungsauftrag verfügt, jedenfalls nicht für die betroffene Leistung. Falls sich das Widerspruchsrecht des Kantons wie in Variante 2 auch auf ambulante Rechnungen erstrecken würde, könnte dies auch den Fall betreffen, dass ein Arzt oder ein anderer Leistungserbringer vom Kanton nicht zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen ist, jedenfalls nicht für das betroffene Fachgebiet.

Ein Tarif kann insbesondere dann nicht zulässig sein, wenn bei ausserkantonalen stationären Spitalbehandlungen nicht der Referenztarif, sondern der Tarif des betreffenden Spitals von der OKP übernommen werden soll, auch wenn die Voraussetzungen dafür (Notfall oder Bewilligung des Kantons aus anderen medizinischen Gründen) nicht erfüllt sind.

Die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs werden insbesondere dann nicht eingehalten, wenn Tarifpositionen auf unzulässige Weise miteinander kombiniert werden, wenn Limitationen für bestimmte Tarifpositionen verletzt werden oder wenn Vorschriften zur Fallzusammenlegung bei Rehospitalisierungen innerhalb einer bestimmten Zeitspanne nicht eingehalten werden.

3.5 Statistische Daten für die Kantone

Die Kantone wünschen Datenzugang nicht nur für die Prüfung, dass die Mittel der Kantone nur für Leistungen verwendet werden, welche die Anforderungen des KVG erfüllen (Rechnungskontrolle), sondern auch für die Möglichkeit, Steuerungsentscheide im Gesundheitswesen zeitnah und gestützt auf zuverlässige Daten treffen zu können.

Die Versicherer argumentieren, dass für keine dieser Aufgaben die originalen Rechnungsdaten unverzichtbar sind. Es genügen auch aggregierte Daten oder eventuell anonymisierte Individualdaten, damit beispielsweise Behandlungspfade nachvollziehbar werden. Am runden Tisch machten die Versicherer erstmals konkrete Angebote, zu welchen detaillierten Daten die Versicherer den Kantonen den Zugang ermöglichen könnten, etwa im Rahmen des Datenpools beziehungsweise Tarifpools. Diese Daten wären verfügbar, sobald sie vom Versicherer elektronisch ins System eingespeist werden. In einer vertiefenden Diskussion am 6. Oktober 2022 wurde zusammen mit Kantonen und Versicherern die Möglichkeit näher betrachtet, mit welchen Präzisierungen erreicht werden könnte, dass die Kantone die Gewissheit haben, dass sie auf diesem Weg über die für sie entscheidenden Daten verfügen werden.

Ein solcher garantierter Zugang der Kantone zu detaillierten Daten könnte, falls er eine genügende Qualität aufweist, insbesondere für Steuerungs Zwecke ein valider Ersatz sein für einen umfassenden Zugang der Kantone zu allen originalen, nicht anonymisierten Rechnungsdaten (wie in Variante 2 vorgesehen), insbesondere aus dem ambulanten Bereich. Insofern betrifft dieser Vorschlag vor allem die Variante 1, weil er als (Teil-) Ersatz für die Variante 2 dient. Eine eigenständige Kontrolle der korrekten Verwendung der Mittel der Kantone im Einzelfall wäre den Kantonen mit statistischen Daten allerdings nicht möglich, soweit sie nicht zusätzlich Rechnungsdaten, eventuell eingeschränkt auf einen Teilbereich (z.B. nur Rechnungen für stationäre Behandlungen, siehe Ziffer 3.1) erhalten. Allerdings prüft bereits das BAG als Aufsichtsbehörde den Prozess der Rechnungsprüfung durch die Versicherer. Die Prüfung der Prozesse der Versicherer könnte bei Bedarf ergänzt werden.

Ein direkter Datenzugang der Kantone ohne formalen Umweg via das BAG könnte Bedenken der Kantone entkräften, dass der Datenzugang umständlich und nicht ausreichend schnell erfolgen würde. Sobald die Daten für die Versicherer konsolidiert vorliegen, was aktuell offenbar in einem monatlichen Rhythmus geschieht, sollen auch die Kantone elektronisch Zugang dazu haben.

Wichtig für die Kantone ist, dass klargestellt wird, dass die Versicherer die Daten zu sämtlichen Versicherern in gesammelter, konsolidierter Form über Dritte zur Verfügung stellen müssen. Die Kantone möchten an der Regelung des Datenzugangs beteiligt werden.

Grundsätzlich können die Versicherer verpflichtet werden, den Kantonen den Zugang zu sämtlichen Daten zu ermöglichen, die für die Erfüllung einer der diversen Aufgaben der Kantone nach dem KVG¹ notwendig sind. Da die Aufgaben der Kantone auch innerhalb des KVG breit gefächert

¹ Das KVG weist den Kantonen folgende Aufgaben zu: Einhaltung der Versicherungspflicht und Information darüber (Art. 6 und 6a KVG), gemeinsam mit den Versicherern Betreiben einer Institution zur Förderung der Gesundheit (Art. 19 KVG), Zulassung

sind, umfassen die für diese Aufgaben notwendigen Daten faktisch auch diejenigen Daten, welche für die Verantwortung der Kantone für die Versorgung mit Gesundheitsleistungen generell notwendig sind. Insbesondere die Verantwortung der Kantone für die Spitalplanung (Art. 39 KVG) und die Zulassung von Leistungserbringern (Art. 36 KVG) sowie die Aufsicht über dieselben (Art. 38 KVG) haben durch ihren Bezug zu einer angemessenen Versorgung, zur Wirtschaftlichkeit und zur Qualität der Leistungserbringer zur Folge, dass die Kantone eine breite Auswahl an Daten für ihre Aufgaben erhalten würden.

Der Bundesrat würde unter Einbezug der Kantone und Versicherer näher definieren, welche Daten konkret betroffen sind, innert welcher Frist, in welcher Kadenz, in welchem Format und auf welchem Weg die Daten weitergegeben werden müssen. Da das Gesetz eine gewisse Abstraktion verlangt, kann auf Gesetzesesebene kaum sinnvoll im Detail festgelegt werden, zu welchen Daten die Versicherer den Kantonen Zugang ermöglichen müssen. Es wäre daher wichtig, in den Materialien die Absicht des Gesetzgebers detailliert festzuhalten, damit diese Absicht für den Bundesrat verbindlich ist.

Die Daten wären grundsätzlich aggregiert weiterzugeben, sofern dies für eine Aufgabe ausreicht. Die Daten sollten auf dem Niveau Leistungserbringer, sprich sowohl ZSR- wie auch GLN-Nummer, aggregiert sein. Damit würde die Überwachung von Mindestfallzahlen und Mengenbeschränkungen pro Leistungserbringer möglich. Für die Überwachung von weiteren Einschränkungen² können auch Verknüpfungen mit Patientengruppen (Altersgruppe, Wohnregion) notwendig sein. Auch die Prüfung der Einhaltung der Leistungsaufträge sowie der Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich generell mittels einer Überprüfung der von den einzelnen Leistungserbringern abgerechneten zulässigen oder nicht zulässigen Tarifpositionen, die Festlegung von Höchstzahlen von Leistungserbringern im ärztlich-ambulanten Bereich pro Facharztgruppe und generell die Planung einer bedarfsgerechten Versorgung würden so möglich.

Für gewisse Zwecke, insbesondere zur Einschätzung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer im Rahmen der Spitalplanung und der Aufsicht über die Leistungserbringer, sind anonymisierte Daten pro versicherte Person notwendig. Damit lassen sich Patientenpfade über verschiedene Leistungserbringer hinweg verfolgen. Damit wird es beispielsweise möglich, das Verhalten der Leistungserbringer zu beobachten und sogenannte Drehtüreffekte zu identifizieren, also eine Häufung von sich wiederholenden Behandlungsepisoden, etwa Entlassungen aus dem Spital, gefolgt von einem Eintritt ins Pflegeheim und wiederholte Rehospitalisierungen. Die

von Ärzten und Ärztinnen sowie weiterer Leistungserbringer (Art. 36 KVG) sowie Aufsicht über dieselben (Art. 38 KVG), Planung einer bedarfsgerechten Versorgung durch Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser (Art. 39 KVG), Sicherstellung der Einhaltung der Aufnahmepflicht von Listenspitälern (Art. 41a KVG), Sicherstellung der Behandlung der Versicherten bei einem Ausstand von Leistungserbringern (Art. 45 KVG), Genehmigen von Tarifverträgen (Art. 46 KVG), Festsetzen von Tarifen (Art. 47 KVG), Festsetzung von Rahmentarifen (Art. 48 KVG), gemeinsam mit den Versicherern Einsetzung einer Tariforganisation für stationäre Leistungen (Art. 49 KVG), Festsetzung von Globalbudgets für Spitäler und Pflegeheime (Art. 51 KVG), Beschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen (Art. 55a KVG), Übernahme eines Grossteils der nichtbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen (Art. 64a KVG), Gewährung von Prämienverbilligungen (Art. 65 und 65a KVG), Bezeichnung eines Schiedsgerichts (Art. 89 KVG). Im Erlassentwurf für eine einheitliche Finanzierung zusätzlich vorgesehen ist der Einsitz in die Tariforganisationen für ärztlich-ambulante und für Pflegeleistungen (Art. 47a E-KVG), die Möglichkeit, die Zulassung von nichtärztlichen ambulanten Leistungserbringern zu begrenzen (Art. 55b E-KVG) und die Möglichkeit, bestimmte Rechnungen auf die Einhaltung von formalen Voraussetzungen für die Kostenübernahme zu überprüfen (Art. 60 E-KVG).

² Beispielsweise geografische Einschränkungen des Tätigkeitsgebiets oder Einschränkungen bei den zu behandelnden Altersgruppen, z. B. keine Kinder.

Kenntnis solcher Effekte kann eine angemessene, bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Spitalplanung und Festlegung von Höchstzahlen für ambulante Leistungserbringer unterstützen und eine kostendämpfende Wirkung haben.

Mit dem heutigen Daten- und Tarifpool sind solche Auswertungen von Patientenpfaden noch nicht möglich, da die einzelnen Datenpunkte nicht mit einem anonymisierten Patientenidentifikator verknüpft sind. Laut Angaben der Vertretung der Versicherer sollte es aber im Rahmen der bei der Einführung der einheitlichen Finanzierung ohnehin vorgesehenen Übergangsfrist von mindestens vier Jahren zwar nicht trivial, aber möglich sein, die Grundlagen zu schaffen, damit Auswertungen zu Patientenpfaden möglich sind.

3.6 Kombination sämtlicher Präzisierungsmöglichkeiten

Zur besseren Übersicht über die verschiedenen möglichen Präzisierungen des Erlassentwurfs in den Artikeln 21 und 60 E-KVG (Absätze 6, 7 und 7^{bis}) stellen wir die Vorschläge in den Ziffern 3.1. bis 3.5 zusammenfassend dar, jeweils für die beiden Varianten separat. Sämtliche Präzisierungsmöglichkeiten sind auch unabhängig voneinander möglich.

Variante 1 (Datenzugang der Kantone zu einer Teilmenge der Originalrechnungen)	Variante 2 (Datenzugang der Kantone zu sämtlichen Originalrechnungen)
Art. 21 ¹ Die Versicherer sind verpflichtet, dem Bundesamt dem BAG und den Kantonen regelmässig die für die Erfüllung der <u>ihrer jeweiligen</u> Aufgaben des Bundesamtes sowie der Kantone nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. ² Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person nicht anderweitig zu beschaffen sind: a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung <u>an das BAG</u>; b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen <u>an das BAG</u>; c. zur Evaluation des Risikoausgleichs <u>an das BAG</u>;	Art. 21 <i>Streichen</i>

Variante 1 (Datenzugang der Kantone zu einer Teilmenge der Originalrechnungen)	Variante 2 (Datenzugang der Kantone zu sämtlichen Originalrechnungen)
d. <u>zur Aufsicht über die Leistungserbringer, zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung durch Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser sowie zur Festlegung von Höchstzahlen von Ärzten und Ärztinnen an die Kantone.</u> ³ <u>Das Bundesamt ist BAG und die Kantone sind dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist.</u> ⁴ <u>Das BAG Es stellt die von ihm erhobenen Daten den Datenlieferanten, den Kantonen, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.</u> ⁵ <u>Der Bundesrat erlässt unter Einbezug der Kantone und der Versicherer die nötigen Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten nach Absatz 1 unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.</u> Art. 60 ⁶ <u>Sie teilen den Kantonen mit, für welche versicherten Personen sie einen Kantonsbeitrag einfordern. Bestreitet ein Kanton, dass er der Wohnkanton einer versicherten Person ist oder als solcher nach Artikel 41 Absatz 2^{ter} gilt und er somit für deren Leistungen einen Kantonsbeitrag entrichten soll, erlässt er eine Verfügung.</u> ⁷ <u>Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang zu Daten von Rechnungen, welche oberhalb eines vom Bundesrat festgelegten Betrags liegen, eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 oder eine vom Bundesrat bezeichnete Leistung betreffen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.</u> ^{7bis} <u>Erachtet der Kanton die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt, informiert er innert einer vom Bundesrat festzulegenden Frist nach Erhalt der Rechnung den Versicherer. Übernimmt der Versicherer die Kosten für die in den beanstandeten diesen Rechnungen abgerechneten Leistungen, teilt er es auch dem Kanton mit. Wird die Versicherungsleistung im formlosen Verfahren gewährt, kann der Kanton den Erlass einer Verfügung</u>	Art. 60 ⁶ <u>Sie teilen den Kantonen mit, für welche versicherten Personen sie einen Kantonsbeitrag einfordern. Bestreitet ein Kanton, dass er der Wohnkanton einer versicherten Person ist oder als solcher nach Artikel 41 Absatz 2^{ter} gilt und er somit für deren Leistungen einen Kantonsbeitrag entrichten soll, erlässt er eine Verfügung.</u> ⁷ <u>Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang zu sämtlichen Rechnungsdaten. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.</u> ^{7bis} <u>Erachtet der Kanton die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt, informiert er innert einer vom Bundesrat festzulegenden Frist nach Erhalt der Rechnung den Versicherer. Übernimmt der Versicherer die Kosten für die in den beanstandeten diesen Rechnungen abgerechneten Leistungen, teilt er es auch dem Kanton mit. Wird die Versicherungsleistung im formlosen Verfahren gewährt, kann der Kanton den Erlass einer Verfügung</u>

Variante 1 (Datenzugang der Kantone zu einer Teilmenge der Originalrechnungen)	Variante 2 (Datenzugang der Kantone zu sämtlichen Originalrechnungen)
verlangen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips. <u>7ter Der Kanton ist zur Beschwerde vor dem Versicherungsgericht nach Artikel 58 ATSG gegen den Entscheid des Versicherers nach Absatz 7^{bis} berechtigt. Er kann nur rügen:</u> a. <u>dass der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt;</u> b. <u>dass ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird;</u> c. <u>dass die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden.</u>	verlangen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips. <u>7ter Der Kanton ist zur Beschwerde vor dem Versicherungsgericht nach Artikel 58 ATSG gegen den Entscheid des Versicherers nach Absatz 7^{bis} berechtigt. Er kann nur rügen:</u> a. <u>dass der Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt;</u> b. <u>dass ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird;</u> c. <u>dass die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden.</u>

4 Kostengutsprache

Das KVG geht grundsätzlich von der Annahme aus, dass ärztliche oder ärztlich angeordnete Leistungen wirksam, zweckmässig sowie wirtschaftlich (WZW) sind. Doch gibt es vertragliche und rechtliche Bestimmungen, die für gewisse Leistungen, etwa vor einem geplanten stationären Aufenthalt oder einer Rehabilitation, eine Kostengutsprache des Versicherers verlangen. Während diese für die Spitäler der finanziellen Absicherung dient, stellt sie für die Versicherer eine Kontrolle der WZW-Kriterien, insbesondere der Spital- beziehungsweise Rehabilitationsbedürftigkeit dar. Die Kostengutsprache bei ausserkantonaler Spitalbehandlung zeigt den versicherten Personen eventuelle nicht gedeckte Kosten auf. Auch für gewisse ambulante Leistungen sind Kostengutsprachen notwendig.

Vorgängige Kostengutsprachen des Versicherers sind also unter anderem für Leistungen erforderlich, welche bereits heute von den Kantonen mitfinanziert werden. Diese Kostengutsprachen werden ausschliesslich vom Versicherer erteilt und können von den Kantonen nicht in Frage gestellt werden, sie müssen die Leistungen mitfinanzieren, wenn der Versicherer die Kostengutsprache erteilt hat. Daran wird sich nichts ändern, wenn die Kantone mit einer einheitlichen Finanzierung neu nicht nur auf stationären, sondern auch auf ambulanten Leistungen einen Kantonsbeitrag entrichten.

Es ist also nicht damit zu rechnen, dass die Versicherer mit einer einheitlichen Finanzierung bei Kostengutsprachen zurückhaltender würden. Die zur Diskussion stehende Widerspruchsmöglichkeit der Kantone (siehe Ziffer 3) bezieht sich vielmehr auf die Rechnungskontrolle und Kostenübernahme für Leistungen, welche bereits erbracht wurden. Die versicherten Personen sind davon insofern nicht betroffen, als sie die Leistung bereits bezogen haben und der Leistungserbringer für eine korrekte Rechnungsstellung verantwortlich ist. Im *tiers payant* muss zudem der Leistungserbringer auf die Vergütung warten, bis eventuelle Unstimmigkeiten geklärt sind.

Die versicherten Personen sind von der Rechnungskontrolle gleich wie heute nur dann betroffen, wenn sie im *tiers garant* bis zur Klärung der finanziellen Ansprüche auf die Rückerstattung warten müssen (siehe Ziffer 3.3) oder wenn sich nach der Rechnungsprüfung herausstellt, dass es sich

nicht um eine KVG-Leistung handelt und der Leistungserbringer die versicherte Person darauf hingewiesen hat. Die versicherten Personen laufen mit einer einheitlichen Finanzierung somit keine Gefahr, aus anderen Gründen als bisher schon auf die Rückerstattung der von ihnen bezahlten Rechnungen warten zu müssen (*tiers garant*) oder gar keine Rückerstattung zu erhalten.

Das Einzige, was sich bei einem allfälligen Widerspruchsrecht der Kantone bei Einzelrechnungen (siehe Ziffer 3) für die versicherten Personen ändert, ist, dass neben den Versicherern mit dem Kanton ein zweiter Akteur die Rechnungen prüfen würde. Es ist nicht auszuschliessen, dass dadurch mehr mangelhafte Rechnungen entdeckt würden oder dass sich die Dauer des Prozesses etwas verlängern würde. Dies würde bedeuten, dass der Fall, dass versicherte Personen im *tiers garant* bis zur Rückerstattung warten müssen, eventuell etwas häufiger auftreten oder länger dauern könnte. Dies wäre aber nur dann möglich, wenn die Kantone mit Variante 2 auch bei ambulanten Leistungen ein Widerspruchsrecht hätten (siehe Ziffer 3.1).

5 Datenschutz

Artikel 4 des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) verlangt, dass die Bearbeitung von Personendaten durch Private oder den Bund verhältnismässig sein muss und nur zu den Zwecken erfolgen darf, der bei der Beschaffung angegeben, aus den Umständen ersichtlich oder gesetzlich vorgegeben ist. Personendaten müssen zudem durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen gegen unbefugtes Bearbeiten geschützt werden (Art. 7 DSG). Diese Grundsätze bedeuten, dass die Zwecke der Bearbeitung von Personendaten definiert sein müssen, auch wenn sie breit ausformuliert sein können.

Für stationäre Behandlungen werden aus der Rechnung auch die medizinischen Diagnosen und Prozeduren ersichtlich (Art. 42 KVG), aber auch aus den Rechnungen für ambulante Behandlungen sind direkte Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand einer einzelnen Person möglich. Bei allen Rechnungen für Behandlungen in der OKP handelt es sich deswegen um besonders schützenswerte persönliche Daten. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber in Artikel 84b KVG vorgeesehen, dass die Versicherer die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen zur Sicherstellung des Datenschutzes treffen. Die Bearbeitungsreglemente, welche die Versicherer erstellen müssen, werden dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) zur Beurteilung vorgelegt und sind öffentlich zugänglich. Artikel 59a^{ter} der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) verlangt, dass die Versicherer die erforderlichen technischen und organisatorischen datensichernden Massnahmen treffen, insbesondere diejenigen nach den Artikeln 21 und 22 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG; SR 235.11).

Spezifisch für Rechnungen für stationäre Behandlungen hat der Bundesrat in Artikel 59a KVV vorgeschrieben, dass ausschliesslich eine Datenannahmestelle des Versicherer Zugang zu den medizinischen Angaben erhält. Die Datenannahmestelle muss nach Artikel 11 DSG zertifiziert sein. Der Versicherer muss den EDÖB unaufgefordert über die Zertifizierung oder Rezertifizierung seiner Datenannahmestelle informieren. Der EDÖB kann von der Datenannahmestelle oder von der Zertifizierungsstelle jederzeit die für die Zertifizierung oder Rezertifizierung relevanten Dokumente einfordern. Der EDÖB veröffentlicht eine Liste der zertifizierten Datenannahmestellen.

Bei Rechnungen für ambulante Behandlungen hat der Bundesrat in Artikel 59a^{bis} KVV dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) die Kompetenz erteilt, ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips zu erlassen.

Die Kantone erhalten heute mit den Rechnungen für stationäre Behandlungen dieselben medizinischen Informationen, welche auch an die Versicherer gehen. Im KVG fehlen bis anhin aber spezifische Vorschriften zum Datenschutz durch die Kantone. Die Kantone können in ihren kantonalen Datenschutzgesetzen Vorschriften zum Umgang mit diesen Daten erlassen.

Wenn bei einer einheitlichen Finanzierung die Kantone weiterhin Zugang zu den originalen Rechnungsdaten haben sollen, könnte im KVG vorgesehen werden, dass die Kantone vergleichbare Anforderungen beim Datenschutz zu erfüllen haben wie die Versicherer. Die Kantone haben in der Vergangenheit erklärt, dass sie offen seien für Anpassungen im Bereich des Datenschutzes.

Die Verwaltung hat zu diesem Zweck in Artikel 60 Absatz 7 E-KVG vorgeschlagen, dass der Bundesrat, unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips, nähere Vorschriften für die Kantone zur Bearbeitung und Weitergabe der Rechnungsdaten erlässt, zu denen sie Zugang haben. Die vorgeschlagene Formulierung orientiert sich an Artikel 42 Absatz 3^{bis} KVG, 59a Absatz 4 KVG sowie Artikel 59a^{bis} KVV.

Dieser Vorschlag legt die gesetzliche Basis dafür, dass der Bundesrat den Kantonen auf Verordnungsebene Vorschriften zur Wahrung des Datenschutzes machen kann, welche vergleichbar sind mit den Anforderungen, welche die Versicherer bereits heute zu erfüllen haben. Bei Rechnungen für stationäre Behandlungen könnte dies zum Beispiel bedeuten, dass auch die Kantone über eine zertifizierte Datenannahmestelle verfügen müssen.

6 Systemwechsel in der Finanzierung

Die stationären Leistungen werden heute dual-fix finanziert. Dies bedeutet, dass sowohl die Versicherer wie auch die Kantone jeweils für ihren Finanzierungsanteil die Schuldner der Vergütung sind. Die Leistungserbringer stellen somit beiden Schuldnern je eine Rechnung für den von ihnen jeweils geschuldeten Teilbetrag. Die ambulanten Leistungen werden im jetzigen System ausschliesslich von den Versicherern finanziert, soweit sie nicht unter die Kostenbeteiligung der versicherten Personen fallen. Die Versicherer sind für diese Leistungen im *tiers payant* der alleinige Schuldner der Vergütung, im *tiers garant* schuldet die versicherte Person die Vergütung. Bei den Pflegeleistungen schulden die Versicherer und die versicherten Personen den Leistungserbringern jeweils den von ihnen geforderten Beitrag an die Kosten, die Kantone regeln die Restfinanzierung.

Mit einer einheitlichen Finanzierung sollen sich die Kantone finanziell an den Kosten von sämtlichen KVG-Leistungen beteiligen. Es soll also keinen Unterschied zwischen einzelnen Leistungsbereichen mehr gemacht werden. Eine solche einheitliche Finanzierung sämtlicher Leistungen wäre prinzipiell auf zwei Arten möglich: mit einer dual-fixen Finanzierung mit zwei Schuldnern der Vergütung analog zum heutigen System bei stationären Leistungen oder mit einer monistischen Finanzierung mit nur einem Schuldner der Vergütung wie heute bei den ambulanten Leistungen.

Die parlamentarische Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» verlangt eine monistische Finanzierung. Für die stationären Leistungen würde dies einen Systemwechsel gegenüber der heutigen Finanzierung bedeuten, bei den ambulanten Leistungen bliebe das heutige System erhalten. Umgekehrt würde es bei einer dual-fixen Finanzierung zu einem Systemwechsel in der Finanzierung der ambulanten Leistungen kommen, während im stationären Bereich das heutige System weitergeführt würde. So oder so wird es also in jeweils einem Leistungsbereich zu einem Systemwechsel kommen. Eine monistische Finanzierung hat gegenüber einer dual-fixen Finanzierung verschiedene Vorteile, wenn es um alle KVG-Leistungen geht.

Für die Leistungserbringer bedeutet eine doppelte Rechnungsstellung einen Zusatzaufwand. Es müssen zwei Rechnungen versendet werden, es sind Rückfragen von zwei Seiten zu beantworten, auch die Überprüfung der Zahlungseingänge erfolgt zweimal. Im stationären Bereich ist der Rechnungsbetrag zumeist hoch, so dass der Zusatzaufwand für die Leistungserbringer weniger ins Gewicht fällt als bei den ambulanten Leistungen. Dort wäre der Zusatzaufwand im Verhältnis zu den tieferen Rechnungsbeträgen deutlich höher. Es wäre nicht auszuschliessen, dass die Tarife angepasst werden müssten, um diesen Zusatzaufwand der ambulanten Leistungserbringer zu berücksichtigen.

Auch die Kantone hätten einen massiven Zusatzaufwand, wenn sie mit einer einheitlichen Finanzierung ein Volumen von Rechnungen zur Prüfung und Abwicklung erhielten, welches mit aktuell ca. 130 Millionen Rechnungen ein Vielfaches der heute zu bearbeitenden ca. 1,5 Millionen stationären Rechnungen ausmachen würde.

Eine dual-fixe Finanzierung wäre zudem nur in Kombination mit der Anwendung des Brutto-Prinzips möglich, das heisst, die Kantone müssten einen Anteil der Bruttoleistungen finanzieren statt der Nettoleistungen. Wie in Ziffer 4 des Verwaltungsberichts des EDI vom 30. November 2020 aufgezeigt, ist das Bruttoprinzip verfassungsrechtlich nicht unproblematisch. Bei einem substantiellen Anteil der Versicherten bezahlt der Versicherer während eines ganzen Jahres keine Leistungen, weil die Franchise noch nicht erreicht wurde. Der Kanton müsste aber bei sämtlichen Versicherten den auf ihn entfallenden Kostenanteil übernehmen, auch wenn der Versicherer nichts bezahlt. Es ist fraglich, ob damit der von der Verfassung geforderte Charakter einer Versicherung noch erfüllt wäre. Zudem würden mit dem Bruttoprinzip aus Sicht der versicherten Person die Kosten sämtlicher Leistungen um ungefähr einen Viertel reduziert, weil wie heute im stationären Bereich auf dem vom Kanton übernommenen Anteil keine Kostenbeteiligung geschuldet wäre. Dies würde die Anreize für die versicherten Personen zur Kostendämpfung gerade bei Bagatellbehandlungen, welche vollständig in ihre Franchise fallen, deutlich schwächen. Somit sprechen auch ökonomische Gründe gegen das Bruttoprinzip.

Aus all diesen Gründen steht bei einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen eine monistische Finanzierung im Vordergrund. Auch die Kantone fordern keine dual-fixe Finanzierung mit doppelter Rechnungsstellung für sämtliche Leistungen. Auch bei einer monistischen Finanzierung durch die Versicherer ist es, falls gewünscht, möglich, dass die Kantone Einsicht in alle oder einen Teil der Rechnungen erhalten, verbunden mit einem Widerspruchsrecht gegenüber dem Versicherer. Entsprechende Möglichkeiten wurden in Ziffer 3 aufgezeigt.